

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

N°

28

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Danièle MARTEAU née MAUGENEST

Externe des Hôpitaux

Née le 17 janvier 1933, à Paris-XIV^e

Présentée et soutenue publiquement le

196

CONTRIBUTION
AU TRAITEMENT CORTISONIQUE LOCAL
de certaines affections vulvo-vaginales

Président : M. MERGER, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29

1961



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Danièle MARTEAU née MAUGENEST

Externe des Hôpitaux

Née le 17 janvier 1933, à Paris-XIV^e

Présentée et soutenue publiquement le

196

CONTRIBUTION
AU TRAITEMENT CORTISONIQUE LOCAL
de certaines affections vulvo-vaginales

Président : M. MERGER, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29

1961

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuéjoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Lœper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie (<i>chaire à titre personnel</i>)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Éducation physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon SICARD (A.)
	Cochin QUÉNU (J.)
	Hôtel-Dieu MÉNÉGAUX (G.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales	Broussais DE GENNES (L.)
	Cochin JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	Lariboisière SOULIÉ (P.)
	Pitié DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)



Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque
	Port-Royal
	Tarnier
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	VARANGOT (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	RENARD (G.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	AUBRY (M.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	MARIE (J.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	BERNARD (E.)
Clinique de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	LELONG (M.)
Clinique stomatologique (Pitié)	COSTE (F.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	SÉNÈQUE (J.)
Clinique urologique (Cochin)	LEMAIRE (A.)
Electrophysiologie médicale (<i>chaire à titre personnel</i>)	FEY (B.)
Embryologie	DJOURNO (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	GIROUD (A.)
Histologie	N...
Hygiène des collectivités (<i>chaire à titre personnel</i>)	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	DEPARIS (M.)
Hygiène et médecine préventive	TURPIN (R.)
Médecine du Travail	JOANNON (P.)
Médecine légale	DESOILLE (H.)
Parasitologie	PIÉDELIÈVRE (R.)
Pathologie chirurgicale	GALLIARD (H.)
Pathologie exotique	COUVELAIRE (R.)
Pathologie expérimentale et comparée	LAVIER (G.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (<i>chaire à titre personnel</i>)	LENÈGRE (J.)
Pathologie médicale	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie et thérapeutiques générales	N...
Pharmacologie et matière médicale	GARCIN (R.)
Physiologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie (<i>chaire à titre personnel</i>)	BINET (L.)
Physique médicale	BARGETON (D.)
Radiologie médicale	DOGNON (A.)
Technique chirurgicale	DESGREZ (H.)
Thérapeutique	PATEL (J.)
	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (C.)	Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
	COUINAUD (C.)	Bactériologie	NÉVOT (A.) <i>pr. s. ch.</i>
	OLIVIER (G.)		BARBIER (P.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) <i>pr. s. ch.</i>		CHRISTOL (D.)
	BUSSER (F.)	Biochimie médicale	TOURNIER (P.)
	GOUYGOU (Ch.)		DESGREZ (P.) <i>pr. s. ch.</i>
	ORCEL (L.)		POLONOVSKI (J.) <i>m. conf.</i>
	PAILLAS (J.)		SCHAPIRA (G.) <i>m. conf.</i>

MM.

Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.) <i>m. conf.</i>
Carcinologie . . .	{ DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato- Syphiligraphie .	DUPERRAT (B.)
Electro- Radiologie . . .	LEDoux-LEBARD (G.)
Embryologie . . .	Tuchmann-Duplessis (H.)
Hématologie . . .	{ BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)
Histologie	{ COUJARD (R.) <i>pr. s. ch.</i> MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	{ BOYER (J.) <i>pr. s. ch.</i> CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses . . .	{ BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	{ DEROBERT (L.) <i>pr. s. ch.</i> HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie .	DAVID (M.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	{ GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophthalmologie .	{ BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)
Orthopédie	{ JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino- laryngologie . . .	DEBAIN (J.)
Parasitologie . . .	{ BRUMPT (L.C.) <i>pr. s. ch.</i> CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale . . .	{ BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) <i>agr. per</i> LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)

MM.

Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale . .	{ CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) PLAS (F.) RICHE (G.)
Pathologie médicale	{ AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.) <i>m. conf.</i> CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) <i>m. conf.</i> ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie- Puériculture . . .	{ JOSEPH (R.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.)
Pharmacologie . .	{ LEVY (Mlle J.) <i>pr. s. ch.</i> BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	{ PARROT (J.) <i>pr. s. ch.</i> DEJOURS (P.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.) <i>m. conf.</i>
Pneumo- Phtisiologie . . .	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHÉ (D.)
Rhumatologie . . .	DELBARRE (F.)
Stomatologie . . .	{ CERNÉA (P.) CHAPUT (Mme A.) <i>m. conf. agr.</i> GRELLET (M.)
Thérapeutique . .	{ CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale . . .	ABOULKER (P.)	Clinique neuro- rhumatologique	De SÈZE (S.)
	AMELINE (A.)	Clinique obstétricale . . .	GRASSET (J.)
	HUGUIER (J.)		LEPAGE (F.)
	LÉGER (L.)		MAYER (M.)
	OLIVIER (C.)		MERGER (R.)
	PADOVANI (P.)		RAVINA (J.)
	POILLEUX (F.)	Clinique ophtalmologique	DESIGNES (P.)
	ROUX (M.)		OFFRET (G.)
Clinique médicale	VERNE (J.-M.)	Clinique O.R.L.	MADURO (R.)
	HAGUENEAU (J.) <i>pr. s. ch</i>	Clin. pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
	BOUDIN (G.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
	CONTE (M.)	Clinique urologique . . .	KUSS (R.)
	DOMART (A.)		
	MILLIEZ (P.)		
	PERRAULT (M.)		
	RAMBERT (P.)		
	THIEFFRY (S.)		
	TURIAF (J.)		

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) <i>prof. sans chaire</i>
Biochimie médicale	ETTORI (J.) <i>prof. à titre personnel</i>
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) <i>prof. sans chaire</i>

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H.), Mlles CHAINTREUIL (G.), HURÉ (A.)

Conservateur, chargé de la direction de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

JE DÉDIE CES PAGES

AU SOUVENIR DE MA MÈRE

*Dont la si brève carrière m'est un
exemple toujours vivant.*

A MES PARENTS ET BEAUX-PARENTS

En gratitude de leur affectueux dévouement.

A MON MARI ET NOS ENFANTS

En témoignage de mon amour.

A MES GRANDS-PARENTS

A MON FRÈRE ET MA SŒUR

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MERGER

Professeur de la Chaire de Clinique Obstétricale (Port-Royal)
Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux

Qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. MORIN

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux

Qui après m'avoir prodigué votre enseignement avez éclairé ce travail de vos conseils respectés.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de ma respectueuse gratitude.

A MADAME LE DOCTEUR HOUBRON

Attachée de Consultation à la Maternité Bretonneau

Qui a inspiré ce sujet de thèse et largement contribué aux essais thérapeutiques.

Veillez trouver ici l'expression de ma très sincère reconnaissance.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. MUSSET

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux

*Vous m'avez prodigué un enseignement
remarquable.*

*Veillez trouver ici l'expression de ma
profonde gratitude et ma respectueuse
reconnaissance.*

A TOUS MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS
EN PARTICULIER A MES MAITRES D'EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. FUNCK-BRENTANO
Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. MATHEY
Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. RAVINA
Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J.-L. LORTAT-JACOB
Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR A. NETTER
Médecin des Hôpitaux
Professeur au Collège de Médecine

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ B. DUPERRAT
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ Y. BOUVRAIN
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J.-P. BINET
Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR R. PALMER
Chef de Travaux Gynécologiques à la Faculté

MONSIEUR LE DOCTEUR J. DALSACE
Chef de Consultation à la Clinique Gynécologique de la Faculté

MADAME LE DOCTEUR S. TROISIER
Assistante des Hôpitaux de Paris
Gynécologue-Accoucheur

INTRODUCTION

Dans l'arsenal thérapeutique de ces dix dernières années, est-il encore besoin de rappeler la place sans cesse croissante de la corticothérapie ? Chaque spécialité cherche à tirer profit de la remarquable efficacité de cette arme nouvelle ; si Rhumatologues, Dermatologues, puis Ophtalmologistes ont été les premiers à faire bénéficier leurs malades de la corticothérapie locale, les Gynécologues ne le cèdent en rien aux autres. Bien que le mode d'action ne soit pas encore parfaitement élucidé, de nombreuses indications thérapeutiques ont déjà été formulées.

Nous voulons montrer ici ce que l'on peut attendre de la corticothérapie locale utilisée sous forme de comprimés gynécologiques d'hydrocortisone dans le traitement de certaines affections vulvo-vaginales souvent rebelles. Nous nous baserons sur les résultats obtenus à la consultation de la Maternité de Bretonneau (56 malades).

PLAN

CHAPITRE I. — Rappel des propriétés fondamentales de l'Hydrocortisone en insistant particulièrement sur l'action anti-inflammatoire	15
CHAPITRE II. — Physio-pathologie du vagin	20
CHAPITRE III. — Composition des comprimés gynécologiques utilisés et étude expérimentale de leur toxicité	22
CHAPITRE IV. — Etude clinique des affections vaginales pour lesquelles l'hydrocortisone intra-vaginale a été utilisée	24
— vaginites, notamment avec leucorrhée	24
— prurits vulvaires isolés	25
CHAPITRE V. — Observations cliniques	27
1) inflammations vulvo-vaginales	27
2) vaginites allergiques	29
3) vaginites d'origine microbienne et leucorrhée d'origine indéterminée	30
4) vaginites parasitaires (mycoses, trichomonas)	33
5) prurit vulvaire, séquelle de vaginite	38
6) prurit vulvaire ménopausique	40
7) prurit vulvaire et lésions dermatologiques à distance	42
8) prurit essentiel	44
9) exocervicites et ulcérations cervicales	46
CHAPITRE VI. — Discussion des résultats obtenus. Indications	51
CONCLUSION	55
BIBLIOGRAPHIE	59

CHAPITRE I

PROPRIÉTÉS DE L'HYDROCORTISONE

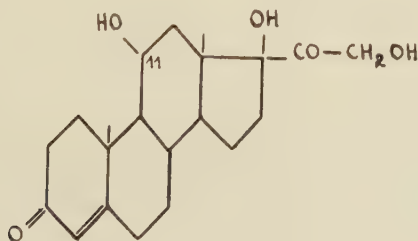
Le composé F de KENDALL, isolé en 1937, ne fut synthétisé qu'en 1949 ; mais dès 1950, THORN eut l'idée de l'utiliser en injections intra-articulaires. L'hydrocortisone avait trouvé place dans la thérapeutique et, en 1951, HOLLANDER et collaborateurs pouvaient en faire une étude systématique.

Nous ne ferons qu'un bref rappel des caractères physico-chimiques et des propriétés métaboliques générales de l'hydrocortisone. Nous insisterons plutôt sur les propriétés physiologiques locales, en particulier anti-inflammatoires et anti-allergiques.

I. — PROPRIÉTÉS PHYSICO-CHIMIQUES

L'hydrocortisone à l'état cristallisé est incolore, peu soluble dans l'éther et le benzène, soluble dans l'éthanol et le chloroforme, la solubilité dans l'eau est faible.

La formule développée de l'hydrocortisone est la suivante :



POLLEY et NESON ont pu montrer que certaines particularités structurales telles que :

- cétone en C_3 et C_{20} ;
- oxydryle en C_{17} et C_{21} ;
- cétone ou oxydryle en C_{11} ;
- double liaison entre les carbones 4 et 5 ;

étaient nécessaires pour qu'un stéroïde possède une action anti-inflammatoire et anti-allergique [15].

Ces particularités de structure se retrouvent d'ailleurs dans la cortisone qui ne diffère de l'hydrocortisone que par une fonction cétone au lieu d'un oxydryle sur le carbone C_{11} du noyau cyclo-pentano-phénantrénique.

Il semble actuellement démontré que l'hydrocortisone est la véritable hormone physiologique d'origine surrénalienne. Elle est mise en évidence dans le sang des veines surrénales (REICH) et son taux augmente sous l'effet de la stimulation par l'A.C.T.H.

Sa biosynthèse est maintenant connue avec précision grâce à la méthode des perfusions surrénales de bovins ; ces faits d'ailleurs ont été récemment vérifiés chez l'homme par LOMBARDO et HUDSON (1959) [6].

Des expériences réalisées par injection intraveineuse d'hydrocortisone marquée ont montré qu'elle est rapidement fixée par le foie, puis, dans le tube digestif, est réabsorbée et éliminée en majeure partie par le rein : 70 à 80 % en vingt-quatre heures. On peut la doser aisément dans les urines [17].

II. — PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES

Nous pouvons les scinder en : effets sur les divers métabolismes et effets cellulaires et tissulaires.

A) DU POINT DE VUE METABOLIQUE

Rappelons l'influence considérable de l'hydrocortisone sur le secteur *hydro-électrolytique*. Elle réalise une rétention sodique et une déplétion potassique, ceci par accélération de la réabsorption tubulaire du chlore et du sodium, et par diminution de la réabsorption du potassium.

L'hydrocortisone est une *hormone diabétogène*. Elle diminue la consommation du glucose au niveau du muscle tout en augmentant les réserves glycogéniques du foie, un peu par freinage de la glyco-génolyse, mais surtout par exagération de la néo-glycogénèse. Cette néo-glycogénèse se fait aux dépens des protides, comme en témoigne le bilan azoté négatif. Les effets cliniques de cette perturbation sont l'involution du thymus et du tissu lymphoïde et, partant, la leucopénie avec éosinopénie et lymphopénie, la diminution du taux des gamma-globulines, d'où arrêt de formation des anticorps, la baisse du taux du fibrinogène ; au niveau des os et de la peau, ces effets se manifestent par l'apparition d'ostéoporose et de vergetures.

B) EFFETS CELLULAIRES ET TISSULAIRES

Les effets cellulaires et tissulaires nous retiendront plus longtemps et nous étudierons essentiellement trois propriétés dont l'incidence thérapeutique est notoire :

- l'action *anti-inflammatoire* ;
- l'action *anesthésique* faible, ou plus exactement antalgique et anti-prurigineuse ;
- l'action *anti-allergique*.

1. LES EFFETS ANTI-INFLAMMATOIRES

Ouvrons une parenthèse en rappelant l'action cellulaire et tissulaire de l'hydrocortisone sur les tissus normaux. Elle réalise chez le rat, la diminution du nombre des cellules mésenchymateuses de la peau, des muscles et du myocarde, parallèlement à la réduction du taux de l'acide hyaluronique dans le tissu conjonctif [17]. L'inhibition de la synthèse de l'acide chondroïtine sulfurique dans les tissus embryonnaires et dans les tissus traumatisés est telle qu'on assiste à un retard dans l'apparition des tissus de granulation et de la cicatrisation [17].

Les expériences de ROMANI ont montré l'inhibition des réactions inflammatoires par l'hydrocortisone : l'œdème et l'infiltration éosinophile des parois de l'abcès à la térébenthine chez le rat sont complètement supprimés par l'injection simultanée de l'hydrocortisone [1].

Une analyse rigoureuse des phénomènes observés a permis de décomposer les effets anti-inflammatoires en *trois groupes*, selon qu'ils s'attaquent aux uns ou aux autres des éléments du tissu mésenchymateux. Schématiquement, nous individualiserons :

a) Une action vasculaire déterminante qui se manifeste par une diminution de la perméabilité des capillaires congestionnés, et aussi une inhibition de la néo-vascularisation, ce qui entraîne une suppression de la migration habituelle des macrophages et des neutrophiles vers les lieux d'inflammation.

Les « cortison-like » s'opposent à l'accroissement de la perméabilité capillaire obtenue par la leucotaxine, les peptides et l'histamine [14].

LÉVINE et collaborateurs ont montré l'action directe des stéroïdes sur le système vasculaire en utilisant une préparation de mésentère [14].

De même, EBERT et BARCLAY ont démontré que les corticoïdes possèdent un effet tonique vasculaire non seulement dans l'inflammation causée par les réactions antigène-anticorps, mais aussi dans les inflammations d'origine non spécifique [14].

b) Le deuxième trait de l'effet anti-inflammatoire est l'action cellulaire s'exprimant par un ralentissement de la formation des fibroblastes et des fibres collagènes, ainsi que de la régénération épithéliale. TEIR a démontré le pouvoir anti-mitotique de l'hydrocortisone sur l'épithélium cutané du rat : les mitoses sont bloquées au stade prophase [17].

c) Le dernier point de l'effet anti-inflammatoire est la modification de la substance fondamentale dont la perméabilité diminue. Il y a une inhibition du pouvoir diffusionnel de certains enzymes, telle l'hyaluronidase. Par contre, il y aurait une augmentation de la mastocytose locale et la sécrétion d'une anti-hyaluronidase non spécifique [15].

Cependant l'hydrocortisone est sans action directe sur la nécrose, qui selon SEYLE paraîtrait même favorisée [1].

Pour ABRAMS et BAKER, les propriétés anti-inflammatoires des hormones surrénales sont attribuables à leur faculté de supprimer la réaction du tissu conjonctif aux substances fabriquées par le tissu traumatisé [3].

2. EFFET ANTALGIQUE

Certes, si l'action anti-inflammatoire est majeure, l'hydrocortisone possède en outre un « effet antalgique propre », tant le soulagement apporté est rapide. BÉGUÉ et NÈGRE, en 1954, ont même parlé d'un léger pouvoir anesthésique [2]. Pour notre part, en accord avec les dermatologues, nous avons constaté l'action calmante, rapidement spectaculaire de l'hydrocortisone.

3. PROPRIÉTÉS ANTI-ALLERGIQUES

Quant aux *propriétés anti-allergiques* indiscutables, elles peuvent s'expliquer par deux mécanismes : le premier, non spécifique, est l'arrêt des manifestations allergiques en tant que forme particulière de l'inflammation ; le second mécanisme spécifique est l'arrêt de la formation des anticorps [7].

C'est essentiellement aux propriétés anti-inflammatoires, anti-allergiques et anti-prurigineuses que nous ferons appel dans notre thérapeutique locale par l'hydrocortisone en comprimés gynécologiques. Nos études porteront sur les vulvo-vaginites et les prurits isolés.

Notons déjà que si cortisone et hydrocortisone possèdent ces mêmes actions ci-dessus citées, à poids égal l'hydrocortisone est deux fois plus active.

Toutefois, avant de terminer le rappel de ces propriétés, nous voudrions insister sur certaines particularités du mode d'action des hormones stéroïdes [15].

- 1) *Elles ne détruisent pas les organismes pathogènes* ni n'agissent sur des toxines ou allergènes, mais elles modifient certaines réactions tissulaires.
 - 2) Elles ne font qu'inhiber un processus pathologique, elles n'ont *aucune action curative*.
 - 3) Leur effet n'est que *temporaire*, et leur administration cessant, leur action s'atténue rapidement.
 - 4) Cette action n'interfère pas avec les forces naturelles de défense de l'organisme [5], mais peut au contraire aider celui-ci à lutter contre la maladie. *Elles ne doivent pas remplacer, mais seulement compléter les thérapeutiques usuelles.*
-

CHAPITRE II

PHYSIOPATHOLOGIE DU VAGIN

Les succès obtenus par les traitements cortisoniques locaux nous ont encouragés à recourir à cette thérapeutique dans certaines affections vulvo-vaginales. Il nous a semblé en effet que les différentes propriétés de l'hydrocortisone que nous avons passées en revue précédemment, à savoir : anti-inflammatoire, anti-allergique, anti-prurigineuse, étaient susceptibles d'avoir des répercussions favorables sur certaines affections vulvo-vaginales.

Les caractères mêmes qui individualisent l'épithélium vaginal font en effet augurer favorablement de l'activité de l'hydrocortisone à ce niveau.

Rappelons brièvement ce qu'est un épithélium vaginal.

Embryologiquement, la muqueuse vaginale dérive pour son tiers inférieur de l'ectoderme du sinus urogénital, pour ses deux tiers supérieurs du bourgeonnement des canaux de Muller.

Son épithélium pluri-stratifié, qui subit des variations cycliques mensuelles et des modifications histologiques au cours de la vie, est riche en glycogène. A l'état normal, les diverses portions des voies génitales sécrètent en petite quantité. Mais le vagin ne possède pas de glandes proprement dites, de telle sorte que le liquide qu'il contient n'est pas un produit de sécrétion mais une transsudation séreuse qui se fait à travers l'épithélium [4].

L'analyse de ce liquide blanc, laiteux, de consistance un peu crémeuse, a montré la présence de nombreux débris épithéliaux en suspension.

Le pH vaginal se situe normalement aux environs de 4,2 à 4,6. Cette acidité est microbicide, comme il l'a été établi expérimentalement en introduisant dans le vagin de femmes saines des germes pathogènes qui étaient rapidement détruits [4].

Cependant, il existe une flore saprophyte, adaptée à la biologie du vagin, constituée essentiellement par des bacilles du genre lactique, Gram + : les bacilles de Döderlein. Ces bacilles ont une propriété physiologique fondamentale, ils fermentent les hydrates de carbone en acide lactique, concourant ainsi à entretenir l'acidité vaginale [8]. Plusieurs hypothèses sur leur mécanisme d'action ont été émises : attaque du glycogène cellulaire par mode direct, ou après transformation enzymatique. Le plus vraisemblable reste l'action glycogénolytique directe du bacille de Döderlein [4].

Ainsi donc, le milieu vaginal n'est pas absolument homogène, mais il est dans son ensemble nettement acide. L'acidité maxima se trouve dans les vagins riches en bacilles de Döderlein : acidité et bacilles de Döderlein sont étroitement dépendants l'un de l'autre, mais l'acidité est elle-même liée à la présence de glycogène dans les cellules vaginales.

En résumé, nous pouvons dire que la muqueuse vaginale présente, pour particularités principales :

- 1) la formation d'une transsudation sans participation glandulaire ;
- 2) l'auto-défense dépendant de l'acidité du milieu ;
- 3) l'extrême réceptivité de la muqueuse vaginale aux influences hormonales [18].

Qu'advient-il dans les états inflammatoires vulvo-vaginaux ? Au maximum apparaît un état rouge congestif avec œdème de la vulve et du vagin, s'accompagnant le plus souvent de douleurs, de sensations prurigineuses et d'une exagération de la transsudation vaginale : ce sont les pertes blanches ou leucorrhée.

La dilution du milieu vaginal augmente et le pH tend vers la neutralité. L'auto-défense vaginale se trouve stoppée et l'apparition de germes pathogènes est favorisée. Progressivement, l'exsudation prend des caractères inflammatoires, les pertes deviennent abondantes et purulentes, les germes prolifèrent activement. Ainsi l'inflammation qui est un moyen de défense mis en œuvre par l'organisme pour lutter contre une agression, réalise au niveau du vagin l'inhibition du mécanisme d'auto-défense.

Ces réactions inflammatoires ne sont pas souhaitables puisqu'elles s'accompagnent de douleur et de pertes, tandis que l'auto-défense s'établit sans trouble. L'idée est donc venue de supprimer les réactions inflammatoires et de rétablir ainsi l'auto-défense habituelle du vagin au moyen d'application locale vaginale d'hydrocortisone, et pour ce faire nous avons utilisé des tablettes gynécologiques.

CHAPITRE III

COMPOSITION DES COMPRIMÉS GYNÉCOLOGIQUES ET LEUR TOXICITÉ EXPÉRIMENTALE

A. — COMPOSITION DES COMPRIMÉS

Les tablettes gynécologiques contiennent comme principe actif essentiellement :

- de l'hydrocortisone-base à la dose de 5 ou 10 mg par comprimé ;
- parmi les autres composants :

1° *Le lauryl sulfate de soude* qui agit comme mouillant et comme microbicide spécifique. En effet, les corps tensio-actifs abaissent la tension superficielle du liquide dans lequel ils sont dissous, et diminuent considérablement la tension inter-faciale. En outre, ils dénaturent les protéines, tels que gélatine, blanc d'œuf, caséine. Les corps tensio-actifs forment avec les matières protidiques des complexes solubles et cette propriété physico-chimique explique le pouvoir destructeur de ces corps vis-à-vis des infusoires [9]. La destruction des bactéries relèvera donc de plusieurs mécanismes : effraction de la membrane cellulaire, imbibition et bouleversement de la structure protoplasmique.

LHÖEST et collaborateurs confirment la dénaturation des protéines par le sulfate de lauryle et de sodium, et soulignent la puissante bactériostase exercée par ce corps, tant sur les germes Gram + que sur les germes Gram — [9].

Toutefois, ici, le rôle microbicide est faible et nettement secondaire aux doses employées.

2° Enfin *le lactose* a été associé afin de revivifier la flore vaginale saprophyte. En effet, les bacilles de Döderlein transforment en acide

lactique les hydrates de carbone. Le sucre retenu a été le lactose, car il s'est avéré être le seul hydrate de carbone à ne pas favoriser l'extension des mycoses vaginales [4].

Le pH des comprimés est aux environs de 4,4, donc voisin du pH vaginal.

B. — TOXICITÉ

La toxicité des comprimés gynécologiques d'hydrocortisone à 5 ou 10 mg a été étudiée chez la rate.

1° Rappelons en premier lieu les troubles occasionnés chez cet animal par l'administration orale à forte dose d'hydrocortisone. Il n'y a pas de toxicité générale proprement dite. La rate répond à des doses de cortisone ou d'hydrocortisone de l'ordre de 20 à 40 mg par kilogramme de poids frais par des effets secondaires plus ou moins réguliers : ulcère peptique, apparition de sucre dans les urines, sensibilité aux infections. Le bilan azoté devient négatif au cours des huit premiers jours du traitement, mais redevient positif après cette période. On observe après six jours de traitement une augmentation massive du glycogène hépatique pouvant aller jusqu'à 10 g pour 100 g de foie frais.

2° L'expérimentation utilisant l'hydrocortisone par voie vaginale s'est efforcée de démontrer à quel point il y avait pénétration de l'hormone en dosant le dépôt du glycogène hépatique : 12 rates d'un poids moyen de 200 à 220 g ont reçu pendant trente jours 5 mg de micro-comprimés d'hydrocortisone par jour (soit 25 mg d'hydrocortisone par kg de poids et par jour). Au cours du traitement, aucun signe d'intolérance locale ou générale n'a été observé.

Les animaux n'ont pas présenté d'amaigrissement, la vérification anatomo-pathologique pratiquée au trentième jour du traitement authentifie l'absence de lésion gastrique. Il n'y a pas d'atrophie surrénalienne, le foie est d'aspect normal ainsi que les ovaires. Le dosage du glycogène hépatique pratiqué était identique chez les animaux traités et chez les animaux témoins.

De ces expériences sur la toxicité, nous pouvons conclure qu'aux doses employées, les tablettes gynécologiques d'hydrocortisone à 10 mg n'ont pas d'action générale. Il en découle que les précautions qui entourent habituellement la prescription d'un traitement cortisonique sont inutiles avec ces comprimés d'hydrocortisone.

CHAPITRE IV

ÉTUDE CLINIQUE

Quelles sont les indications de cette thérapeutique locale telles qu'elles ressortent des essais que nous avons effectués ? Nous allons étudier successivement les différentes affections vulvo-vaginales que nous avons soumises au traitement cortisonique local.

Schématiquement, nous distinguerons deux groupes de malades selon qu'elles présentent :

- *des vaginites avec leucorrhées ;*
- *des prurits vulvaires en apparence isolés.*

1) LES VAGINITES

Elles se caractérisent par une douleur vive, parfois intolérable, loco-régionale, et s'accompagnent d'ailleurs souvent de leucorrhée et parfois de prurit. A l'inspection, on note un aspect rouge, œdémateux, congestif ; l'examen au spéculum est souvent aussi douloureux que le toucher vaginal lui-même ; il montre le même aspect.

La leucorrhée d'accompagnement est fréquente. Les pertes, d'abondance variable, blanchâtres, jaunâtres ou verdâtres, sont toujours pathologiques. Comme notre Maître A. NETTER, nous les classerons selon leur aspect en [10] :

- a) hydorrhée, souvent symptomatique d'une lésion organique sous-jacente ;
- b) leucorrhée laiteuse non purulente, essentiellement d'origine congestive ;
- c) leucorrhée purulente microbienne, qui peut provenir du vagin, mais aussi du col, du corps utérin ou des trompes.

L'étiologie des vaginites est on ne peut plus variée ; nous distinguerons [4] :

- a) les vaginites secondaires à :
 - une fistule vésico-vaginale ou recto-vaginale ;
 - l'existence d'un diaphragme ;
 - une néoplasie ;
- b) les vaginites traumatiques :
 - occasionnées par des agents physiques : radium, injection d'eau chaude ;
 - occasionnées par des agents chimiques : injections ou corps médicamenteux ; produits contraceptifs ;
 - occasionnées par des corps étrangers : pessaires ;
- c) les vaginites bactériennes :
 - à germes pyogènes variés, colibacilles, streptocoques, gonocoques ;
- d) les vaginites parasitaires :
 - mycose, trichomonas, amibes.

Nous insisterons sur les vaginites allergiques qui sont rapidement soulagées par l'hydrocortisone locale.

2) PRURITS VULVAIRES

Avant d'aborder nos observations cliniques, il convient de rappeler quelques traits du *prurit vulvo-vaginal*, de son étiologie et du mécanisme d'action de l'hydrocortisone dans sa thérapeutique. Ce prurit peut être isolé ou accompagner une vulvo-vaginite.

Le prurit est une sensation d'irritation cutanée et muqueuse qui impose le besoin de se gratter et est temporairement calmé par cette action.

Le prurit vulvaire est extrêmement fréquent, associé ou non au prurit anal.

Rare avant la puberté, il peut se manifester à un moment quelconque de la vie génitale, assez souvent pendant la grossesse, mais il éclôt le plus souvent à la ménopause.

Plus ou moins intense, fréquemment à paroxysmes nocturnes, il conduit invariablement aux lésions de grattage. Donc, s'il apparaît pur au début après un certain temps d'évolution, il se complique de dermite eczématiforme souvent liée à la surinfection, ultérieurement enfin de lichénification [13].

On distingue : les prurits cutanés, de la face externe des lèvres, s'étendant au pubis, qui sont souvent eczématisés ou lichénifiés, et les prurits muqueux de la face interne des petites lèvres [12]. Ces derniers revêtent souvent une étiologie parasitaire : muguet ou trichomonase. Mais bien souvent on retrouve actuellement une origine allergique : intolérance au nylon, aux produits de toilette, de lavage, aux injections médicamenteuses pratiquées de façon intempestive.

On ne perdra pas de vue que le prurit peut être le symptôme dominant d'un kraurosis vulvaire, d'une leucoplasie, d'un cancer de la vulve.

Mais si les causes locales sont les premières à envisager, les causes générales peuvent intervenir comme facteurs prédisposants ou déterminants. Nous en donnerons comme preuve : le diabète, les perturbations hormonales de la grossesse, de la ménopause, les hypofolliculites, le terrain névropathique.

Le cadre des prurits essentiels tend à se restreindre de jour en jour.

L'action calmante des préparations à base d'hydrocortisone dans le prurit est un fait majeur indéniable. Mais on n'a pas encore expliqué s'il s'agit d'une action directe sur les terminaisons nerveuses ou du soulagement des démangeaisons par phénomènes antiphlogistiques [7].

CHAPITRE V

OBSERVATIONS CLINIQUES

Disons d'emblée que les premiers résultats nous ont encouragé à persévérer dans cette tentative. En effet, dès l'insertion des tablettes, on assiste dans les quelques heures qui suivent à :

- une régression de l'œdème ;
- une suppression des phénomènes douloureux ;
- un assèchement de la cavité vaginale.

L'intérêt de ce traitement d'appoint dans toutes les affections vaginales réside dans la nécessité de respecter la flore vaginale qui contrôle le pH du vagin. Ceci est réalisé par deux moyens : le premier en préservant les saprophytes, comme en témoigne la persistance des bacilles de Döderlein après notre thérapeutique (ce que ne permet pas le traitement antibiotique par exemple) ; le second en apportant localement du lactose à ces mêmes bacilles de Döderlein, ce qui leur permet de survivre en attendant la restauration de la muqueuse altérée, muqueuse qui leur fournit ordinairement le glycogène [7].

Nous classerons les observations en neuf groupes, selon les signes cliniques rencontrés chez ces malades.

* *

I. Inflammation vulvo-vaginale d'origine non précisée

Nous groupons 5 observations de femmes présentant une irritation vulvo-vaginale s'accompagnant parfois de leucorrhée, souvent de prurit, traitées pendant dix jours à la dose quotidienne de 10 mg d'hydrocortisone.

• OBS. N° 1 : *Madame F...*

Consulte le 12 juin 1959.

Depuis longtemps, elle se plaint de pertes vaginales, cédant aux traitements les plus divers. Ce jour, les pertes sont minimales, mais la région vulvaire est rouge, œdématisée, douloureuse. A l'examen clinique, l'utérus est de volume normal, le col ulcéré.

Le 19 juin 1959, la malade revient consulter. Elle a interrompu son traitement, les pertes et les douleurs ayant disparu. L'aspect de la vulve est normal.

• OBS. N° 2 : *Madame L..., âgée de quarante-deux ans*

Consulte le 18 juin 1959 pour algies pelviennes à prédominance droite, leucorrhée peu abondante mais prurigineuse, entraînant des sensations de brûlures vulvaires. A l'examen, l'inflammation vulvaire est importante.

Le 3 juillet 1959, après un traitement de dix jours, on constate la disparition totale des signes cliniques.

• OBS. N° 3 : *Madame B...*

Consulte le 22 mai 1959 pour leucorrhée non prurigineuse. A l'examen, la vulve est rouge, irritée. Par ailleurs, existe une hyperplasie utérine pour laquelle la malade a subi avec succès un traitement androgénique. Le 29 juin 1959, la malade revient consulter : l'irritation vulvaire est de beaucoup diminuée. Quelques pertes subsistent.

• OBS. N° 4 : *Madame M..., âgée de quarante-neuf ans*

Consulte le 18 juillet 1959 pour :

- bouffées de chaleur, vertiges, crampes des membres inférieurs ;
- prurit vulvo-vaginal.

Tous ces troubles semblent en rapport avec une pré-ménopause, car il existe une hyperménorrhée depuis quelques mois, concomitante à des troubles généraux. L'examen gynécologique montre un col rouge, violacé, congestif. T.A. : 18-10. On institue un traitement général par les androgènes, et localement un traitement à l'hydrocortisone.

Cette malade revient consulter, après dix jours de traitement, guérie localement.

• OBS. N° 5 : *Madame W...*

Vient consulter le 14 mai 1959 pour vaginisme, herpès vulvaire et inflammation vulvaire. Antécédents d'hystérectomie en 1935. Un prélèvement des pertes montre :

- une desquamation importante : 3/4 cellules à gros noyau ; 1/4 cellules basales externes ;
- pas de noyau pycnotique.

Un traitement œstrogénique est associé à notre thérapeutique à l'hydrocortisone. Le 25 juin 1960, l'état vaginal est très amélioré.

Dans ces 5 cas, le traitement par l'administration locale de 10 mg d'hydrocortisone avait été prescrit pour dix jours. Dans 3 cas, nous avons assisté à une disparition complète des signes inflammatoires et un soulagement rapide. Les deux autres malades, dans les mêmes délais, ont été améliorées.

* *

II. Les vaginites allergiques

Nous qualifierons « d'allergique » ces deux cas de vaginite, bien que nous n'apportions pas la preuve formelle de l'allergie et ne précisions pas l'allergène. Le premier cas concerne une femme qui, brutalement, présenta une leucorrhée dès l'institution d'un traitement antibiotique. Le deuxième cas est une vaginite apparue simultanément à un œdème de Quincke typique.

- OBS. N° 6 : *Madame B...*

Elle est suivie pour stérilité involontaire primaire. Le 19 décembre 1959, elle consulte pour une leucorrhée blanchâtre, épaisse, apparue dès après l'installation d'une perfusion utéro-tubaire de pénicilline, streptomycine, hyaluronidase, hydrocortisone. On institue un traitement par les tablettes gynécologiques d'hydrocortisone à 10 mg. A la consultation suivante, la malade ne présente plus de leucorrhée.

- OBS. N° 7 : *Madame B..., âgée de trente ans*

Consulte le 2 août 1959 pour des signes d'intolérance : œdème de Quincke accompagnant un œdème vulvaire important et prurit intolérable. Elle est en traitement depuis plusieurs mois pour aménorrhée, et a actuellement des cycles artificiels. Un traitement local est institué pendant dix jours, associé à la cortisone à dose modeste, par voie générale. Le 23 juillet 1959, la malade revient consulter. Elle a présenté au quinzième jour une réapparition des signes généraux, à l'exclusion des signes génitaux. Ce jour d'ailleurs, l'état local génital reste satisfaisant. Ici, nous notons l'effet remarquable de la thérapeutique locale qui, au quinzième jour, s'est avérée suffisante à inhiber la réapparition des phénomènes allergiques.

Ces deux cas illustrent remarquablement l'effet anti-allergique de l'hydrocortisone.

* *

III. Vaginites microbiennes

Dans toutes les leucorrhées d'origine microbienne, nous avons constaté un tarissement des pertes, la disparition clinique de la vaginite ; cependant, la plupart du temps, les frottis vaginaux n'étaient guère modifiés.

• OBS. N° 8 : *Madame F...*

Consulte le 6 juin 1959 pour stérilité primaire involontaire depuis neuf mois. A l'examen, on découvre une leucorrhée extrêmement abondante et purulente. Par ailleurs, l'examen au spéculum et le toucher vaginal sont normaux.

Le frottis pratiqué est le suivant :

- assez nombreuses cellules épithéliales ;
- assez nombreux polynucléaires ;
- flore abondante ;
- bacille Gram — ;
- bacille Gram +.

Un traitement bi-quotidien à l'hydrocortisone est prescrit pour dix jours. Le 3 juillet 1959, la malade consulte : la guérison clinique est complète. Le frottis est le suivant :

- assez nombreuses cellules épithéliales ;
- assez nombreux polynucléaires ;
- flore assez abondante ;
- cocci Gram +, diplocoques en chaînettes ;
- rares bacilles Gram + ;
- absence de trichomonas.

• OBS. N° 9 : *Madame F...*

Consulte le 10 août 1959 pour leucorrhée sans prurit. A l'examen clinique, on ne trouve aucune anomalie. Le frottis montre :

- nombreuses cellules épithéliales isolées en placard ;
- quelques polynucléaires altérés ;
- flore abondante ;
- bacille Gram +.

A la consultation suivante, la malade ne présente plus de leucorrhée. Le nouveau frottis pratiqué est identique au premier, contrastant avec la guérison clinique.

• OBS. N° 10 : *Madame H...*

Consulte le 29 février 1960 pour leucorrhée verdâtre. Cette leucorrhée ancienne a été traitée sans succès par de nombreuses médications, en particulier arsenicale. Ce jour, le col est rouge avec colpité.

Un frottis donne les résultats suivants :

- assez nombreuses cellules épithéliales ;
- assez nombreux polynucléaires altérés ;
- hématies, rares lymphocytes ;
- flore peu abondante ;
- cocci Gram + ;
- rares bacilles Gram + ;
- absence de trichomonas.

Malgré l'absence de trichomonas sur le frottis (à l'examen direct), l'importance des signes cliniques fait instituer un traitement oral par anti-trichomonas, auquel on adjoint localement le traitement à l'hydrocortisone à 5 mg — 1 comprimé par jour.

Le 7 mars 1960, la malade revient très satisfaite, mais le col reste encore rouge. On poursuit le traitement à l'hydrocortisone.

• OBS. N° 11 : *Madame D...*

Vient consulter le 31 mars 1960 pour leucorrhée s'accompagnant de prurit intense. Cette malade a été améliorée par un traitement arsenical local et une pommade antifongique.

Un frottis demandé donne les résultats suivants :

- assez nombreuses cellules épithéliales ;
- assez nombreux polynucléaires altérés ou très altérés ;
- flore moyennement abondante ;
- cocci Gram +, diplocoques en chaînettes ;
- quelques bacilles Gram — ;
- quelques bacilles Gram + ;
- absence de trichomonas.

L'examen clinique est strictement normal.

On institue un traitement à l'hydrocortisone à 5 mg quotidien.

La semaine suivante, la malade se dit améliorée quant à sa leucorrhée et son prurit. On institue alors un traitement à 10 mg quotidien.

La malade n'a pas été revue.

• OBS. N° 12 : *Madame P..., âgée de quarante-trois ans*

Consulte le 10 septembre 1960 pour leucorrhée importante non prurigineuse. Elle présente par ailleurs des brûlures à la miction traitées sans succès par le rufol depuis huit jours.

Le frottis pratiqué montre :

- flore composée uniquement d'entérobactéries ;
- absence de mycose et de diplocoques de Neisser ;
- rares polynucléaires et rares cellules.

On institue un traitement d'hydrocortisone à 10 mg, trois jours consécutifs, puis ultérieurement tous les deux jours et simultanément un traitement de furadoïne par voie orale.

Le 20 septembre 1960, la malade revient : sa leucorrhée est tarie depuis le troisième jour du traitement, mais elle présente une rechute des signes urinaires. Un traitement à la colimycine est institué. Cette malade est revue un mois plus tard : ni leucorrhée, ni signes urinaires ne sont réapparus.

• OBS. N° 13 : *Madame M...*, âgée de quarante-sept ans

Consulte le 11 juin 1959 pour quelques pertes vaginales non prurigineuses. Dans les antécédents, on note l'existence de fibrome. A l'examen clinique, rien d'anormal. Un traitement de dix jours par l'hydrocortisone à 10 mg est institué.

Le 24 juin 1959, la malade a constaté une amélioration : les pertes vaginales ont nettement diminué.

On adjoint un traitement anti-infectieux.

Le 3 juillet 1959, la malade revient guérie.

• OBS. N° 14 : *Madame C...*

Vient consulter le 28 mars 1959 pour pertes vaginales ayant l'aspect de blanc d'œuf, légèrement prurigineuses, permanentes.

On note dans ses antécédents une cure de rétroversion utérine, malgré laquelle persistent des douleurs.

L'examen clinique est normal. Le traitement local de dix jours amène la guérison de la vaginite et du prurit.

• OBS. N° 15 : *Madame L...*

Elle a présenté dans ses antécédents des myomes sous-muqueux traités par les androgènes, et des pertes traitées avec succès par le stovarsol.

Le 5 juin 1959, elle consulte pour réapparition de pertes vaginales sans prurit. On institue à nouveau un traitement par le stovarsol auquel on associe un comprimé par jour d'hydrocortisone à 10 mg.

Dès le troisième jour, la leucorrhée disparaît.

Il semble que l'on puisse attribuer à la cortisone la rapidité d'action thérapeutique.

• OBS. N° 16 : *Madame L...*

Vient consulter le 10 juillet 1959 pour des pertes et du prurit vaginal.

Dans ses antécédents, on retrouve un fibrome traité avec succès et une exocervicite précédemment électrocoagulée.

Le frottis montre :

- la présence de polynucléaires altérés ;
- l'absence de trichomonas.

Le traitement, institué pendant dix jours, a amené la guérison, confirmée à l'examen clinique deux mois plus tard.

L'effet symptomatique dans les leucorrhées et prurits a toujours été constaté, cependant les frottis montrent la persistance des germes en cause. Ceci nous conduit à affirmer la nécessité du traitement spécifique, afin d'éviter les rechutes. L'association des deux thérapeutiques contribue à une plus grande rapidité dans les délais de guérison.

* *

IV. Les vaginites parasitaires

Nous étudierons successivement les vaginites mycosiques puis les vaginites à trichomonas.

A) LES VAGINITES MYCOSIQUES

• OBS. N° 17 : *Madame R..., vingt-huit ans*

Consulte pour leucorrhée non prurigineuse, non aérée, de longue date ; le 15 mai 1959, le frottis est le suivant :

- mucus abondant ;
- absence de cellules atypiques ;
- absence de trichomonas ;
- quelques polynucléaires altérés ;
- présence de *Candida Kruséi*.

Le 29 mai 1959, après dix jours de traitement, la malade a constaté une diminution des pertes. En fait, à l'examen, les sécrétions sont translucides et normales, en rapport avec la période ovulatoire. On poursuit un traitement de dix jours à 10 mg.

Le 12 juin 1959, la malade revient guérie.

• OBS. N° 18 : *Madame B...*, vingt-six ans

Présente depuis un an une leucorrhée consécutive à un avortement. Celle-ci a été améliorée par les antibiotiques, mais il persiste un prurit vulvo-vaginal intolérable.

Un traitement bi-quotidien à 10 mg d'hydrocortisone locale n'amène aucune amélioration. Un prélèvement, le 3 juillet 1959, montre la présence de levures en abondance :

- nombreuses cellules épithéliales en placards ;
- rares polynucléaires altérés ;
- flore assez abondante ;
- bacille Gram + ;
- cocci Gram + ;
- très nombreux éléments mycéliens et spores ;
- absence de trichomonas.

Le traitement étiologique associé à l'hydrocortisone a guéri la malade.

Ici on notera l'intérêt de ne pas cesser un traitement étiologique dans une vaginite importante à micro-organisme identifié.

• OBS. N° 19 : *Madame B...*, quarante-cinq ans

Consulte le 29 avril 1960 pour prurit ano-vulvaire existant depuis janvier 1959, d'origine mycosique. Les différents topiques utilisés se montrent plus irritants que sédatifs. Il n'y a pas de sucre dans les urines, les frottis vaginaux sont normaux, en particulier on note l'absence de trichomonas et de diplocoques.

Ce jour, à l'examen :

- lésions pigmentées périnéo-vulvaires ;
- leucorrhée crémeuse ;
- prurit ano-vulvaire.

Un traitement antimycosique de cinq jours, suivi d'un traitement de cinq jours d'hydrocortisone intra-vaginale à 10 mg, amène la guérison du prurit.

• OBS. N° 20 : *Mademoiselle C...*, dix-neuf ans

Consulte le 30 mars 1960 pour prurit vulvaire non accompagné de leucorrhée depuis un curetage à la suite duquel elle a reçu des ovules de sulfamide-streptomycine.

A l'examen :

- érythème vulvaire et lésions de grattage ;
- aspect de mycose vaginale ;
- col sain ;
- pas de parasite à l'examen direct.

Un traitement d'hydrocortisone à 5 mg, deux fois par jour, est entrepris. Le 9 avril 1960, plus de prurit, le premier comprimé a entraîné un soulagement immédiat qui a duré huit heures. Puis le prurit est réapparu et a cédé à l'introduction du deuxième comprimé.

Actuellement, les comprimés se délitent mal.

On conseille l'abstention thérapeutique pendant deux semaines, puis un traitement anti-mycosique.

Le 27 avril 1960, le prurit n'est pas réapparu. Cependant, la malade n'a fait le traitement à la mycostatine que deux jours, car les comprimés de mycostatine se délaient mal, également.

- OBS. N° 21 : *Madame B..., vingt-six ans*

Consulte le 26 janvier 1960 pour une vulvo-vaginite au cours de laquelle on a trouvé alternativement levures et trichomonas. La malade a fait plusieurs rechutes. Un traitement par les arsenicaux et les antifongiques amène une amélioration passagère suivie de reprise.

Le 16 février 1960, réapparition des troubles ; on associe alors au traitement anti-trichomonas général, un comprimé à 10 mg intra-vaginal pendant six jours.

Le résultat est spectaculaire. On le consolide par une cure de dix jours à 5 mg.

B) LES VAGINITES A TRICHOMONAS

- OBS. N° 22 : *Madame S...*

Consulte le 15 mai 1959 pour vaginite : elle présente des pertes aérées sans prurit.

A l'examen, le col est rouge.

L'hystérogographie ancienne montre un utérus didelphe.

Le frottis révèle la présence de trichomonas.

Le traitement est institué pour dix jours.

Le 29 mai 1959, la malade revient : les pertes ont disparu le troisième jour du traitement.

- OBS. N° 23 : *Madame B..., âgée de trente ans*

Consulte le 19 juin 1959 pour leucorrhée non prurigineuse. Les pertes sont aérées, malodorantes. A l'examen, le col est normal, le toucher vaginal ne montre aucune anomalie ; au frottis, on trouve des trichomonas à l'examen direct.

Le 24 juin 1959, après quatre jours de traitement, à raison de 2 comprimés intra-vaginaux par jour, la malade revient très améliorée. La survenue des règles oblige à interrompre le traitement. On conseille de le reprendre après les règles. La malade n'est pas revenue consulter par la suite.

• OBS. N° 24 : *Madame M...*, âgée de vingt-six ans

Consulte pour pertes vaginales non améliorées par un traitement antibiotique. Sur les frottis, on note la présence de nombreux trichomonas.

Un traitement bi-quotidien intra-vaginal à 10 mg n'entraîne pas d'amélioration.

Ici, on assiste à l'échec du traitement d'une importante vaginite à trichomonas.

• OBS. N° 25 : *Madame A...*, âgée de quarante-cinq ans

Consulte le 29 mai 1959 pour pertes aérées, très prurigineuses. Dans ses antécédents, on note une appendicectomie en 1957 qui n'a pas amélioré un état douloureux de la fosse iliaque droite. A l'examen, le col est sain, le toucher vaginal normal, mais le frottis révèle la présence de quelques trichomonas.

Un traitement de dix jours, par 1 comprimé à 10 mg, amène la guérison clinique constatée le 11 juin 1960 ; le prurit a disparu, la leucorrhée est tarie.

• OBS. N° 26 : *Madame M...*

Présente depuis plusieurs mois une vaginite avec pertes aérées et prurit. Un traitement antibiotique a amélioré le prurit, mais les pertes persistent. A l'examen, le col est rouge, l'utérus rétroversé ; le frottis est le suivant :

- assez nombreuses cellules épithéliales ;
- nombreux polynucléaires altérés ;
- flore assez abondante ;
- bacille Gram + ;
- quelques bacilles Gram — ;
- quelques cocci Gram + ;
- assez nombreux trichomonas.

On prescrit un comprimé bi-quotidien à 10 mg.

Le 19 juin 1959, la malade se dit améliorée. Elle poursuit le traitement, et le 26 juin 1959, après une cure de vingt jours, elle est cliniquement guérie, le frottis cependant montre la présence de « très rares trichomonas ».

• OBS. N° 27 : *Madame C...*, vingt-sept ans

Présente des pertes vaginales avec brûlures et prurit, rebelles à plusieurs traitements. Elle a subi, il y a sept mois, une césarienne pour bassin rétréci et a allaité plusieurs mois.

A l'examen :

- les petites lèvres sont atrophiées ;
- la muqueuse très rouge ;
- au toucher vaginal : petit utérus antéfléchi.

Le frottis montre :

- assez nombreuses cellules épithéliales ;
- quelques polynucléaires altérés ;
- flore assez abondante ;
- bacille Gram + ;
- cocci Gram + en chaînette ;
- quelques trichomonas.

Malgré un traitement bi-quotidien d'hydrocortisone à 10 mg, la malade revient non améliorée.

Mais l'adjonction du traitement spécifique qui s'est avéré inefficace isolément amène en association à l'hydrocortisone locale la guérison.

• OBS. N° 28 : *Madame L...*, trente ans

Présente depuis plusieurs années une vaginite à trichomonas typique, s'accompagnant de pertes, de prurit et de vaginisme. Elle a subi un traitement psychanalytique.

En avril 1959, elle consulte pour réapparition des symptômes.

Le 13 mai 1959, après un traitement classique, elle revient pour persistance du prurit après disparition des pertes.

Le traitement intra-vaginal institué pendant dix jours à raison de 1 comprimé à 10 mg par jour n'a pas amené d'amélioration, il y a même eu une recrudescence du prurit au troisième jour.

En résumé : disparition des signes objectifs, mais persistance de signes subjectifs chez une psychopathe.

• OBS. N° 29 : *Madame Es...*

A présenté une vaginite à trichomonas guérie par traitement spécifique. Le 18 mai 1959, réapparition de la vaginite : pertes aérées, prurigineuses.

A l'examen :

- col rouge ;
- utérus de volume normal.

Le frottis montre la présence de trichomonas.

La malade revient le 19 juin 1959 ; elle se dit très améliorée, mais a interrompu son traitement au cinquième jour, à l'apparition de ses règles.

Une nouvelle cure est envisagée.

• OBS. N° 30 : *Madame Ch...*

Consulte le 18 septembre 1959 pour prurit et leucorrhée. Stérilité primaire. A l'examen : utérus dévié à gauche par d'importantes adhérences.

Le frottis montre la présence de trichomonas.

Le traitement de dix jours amène une guérison suivie de rechute. Devant la reprise des symptômes, on entreprend une thérapeutique spécifique.

• OBS. N° 31 : *Madame V..., vingt-cinq ans*

Consulte le 29 février 1960. Elle présente une vaginite avec leucorrhée, brûlure vulvaire et prurit, très contagieuse pour son conjoint. A plusieurs reprises, elle a présenté les mêmes symptômes qui se sont montrés rebelles à tous les traitements existants.

On a trouvé sur le frottis un grand nombre de trichomonas, à chaque fois.

On institue un traitement mixte anti-trichomonas *per os*, et hydrocortisone à 5 mg intra-vaginal pendant dix jours. A la première consultation, la malade se considère comme guérie. Malheureusement, les symptômes réapparaissent ultérieurement. Un traitement est repris avec des comprimés à 10 mg. En l'absence de traitement spécifique chez le mari, on ne peut escompter une guérison définitive.

L'étude des 5 cas de mycose vaginale se décomposent en : 2 succès, un échec par le traitement isolé à l'hydrocortisone pour le cas n° 18, cas qui est guéri par l'hydrocortisone en association au traitement spécifique : dans 2 autres cas, le traitement en association a amené la guérison clinique.

Les 10 cas de trichomonase vaginale montrent : 3 échecs dont l'un chez une psychopathe, 5 succès indiscutables (toutefois, les frottis de contrôle montraient souvent la persistance de quelques trichomonas) : enfin 2 succès obtenus par l'association à la thérapeutique spécifique, inefficace isolément.

L'hydrocortisone dans ces deux affections si courantes en gynécologie, atténue toujours la leucorrhée et calme rapidement le prurit. Nous voyons l'intérêt de l'associer dès le début à une médication spécifique qui devra être de longue durée.

* *

V. Le prurit vulvaire, séquelle de vaginite guérie

L'hydrocortisone locale par voie génitale s'est montré d'une efficacité incomparable dans les prurits rebelles, séquelles de vaginites actuellement guéries. Nous exposerons 4 cas de ces prurits résiduels en l'absence de toute lésion génitale.

• OBS. N° 32 : *Madame S..., âgée de trente-cinq ans*

Consulte pour prurit vulvo-vaginal depuis plusieurs mois. Elle a présenté une vaginite mycosique pendant sa grossesse, guérie depuis son accouchement, mais le prurit persiste, avec recrudescentes pré-menstruelles.

— A l'examen : vulve saine ; toucher vaginal normal.

— Au spéculum : vagin et col sains.

On prescrit un comprimé chaque soir pendant dix jours. A la consultation suivante, la malade déclare avoir été soulagée dans l'heure qui a suivi l'introduction du comprimé, jusqu'au matin suivant. Un deuxième comprimé a de suite calmé la reprise du prurit. Elle a interrompu son traitement le troisième jour, se considérant comme guérie.

• OBS. N° 33 : *Madame A...*

Elle a présenté une vaginite à trichomonas. Elle consulte pour persistance du prurit, malgré la disparition de la leucorrhée.

Un traitement de 2 comprimés par jour amène la guérison. En fait, la malade ne s'est pas représentée à la consultation et nous a donné ses impressions subjectives par lettre.

• OBS. N° 34 : *Madame M...*

Depuis un mois, elle suivait un traitement de stovarsol et sulfamides pour une vaginite.

Le 2 mai 1959, les pertes ont disparu, mais le prurit est intolérable. Dans ses antécédents, on note une stérilité primaire due à une tuberculose tubaire et plusieurs vaginites traitées avec succès par des antiseptiques.

A l'examen :

— séquelle de fistule anale gauche, déprimée ;

— col sain ;

— utérus antéfléchi.

Un traitement local à l'hydrocortisone pendant dix jours entraîne la guérison, constatée le 22 mai 1960. Une réapparition du prurit, le 28 mai 1960, cède à une reprise du traitement (le prurit est réapparu au dixième jour du cycle, en absence de traitement ; à cette date, le prurit était toujours maximum chez cette malade).

• OBS. N° 35 : *Madame R..., cinquante-sept ans*

A subi un traitement spécifique pour une vaginite à trichomonas, s'accompagnant de prurit. Le 15 mai 1959, les pertes ont disparu, mais il persiste un prurit intense ; le frottis est le suivant :

— assez nombreuses cellules épithéliales ;

— nombreux polynucléaires altérés ;

— flore assez abondante ;

— bacille Gram + ;

— cocci Gram + en chaînettes ;

— absence de trichomonas.

Après un traitement de dix jours, la malade revient le 29 mai 1959 ; il persiste un léger prurit localisé à gauche, qui ne s'explique par aucune lésion locale. Le traitement est repris, à raison de 2 comprimés par jour.

Le frottis est le suivant :

- assez nombreuses cellules épithéliales ;
- assez nombreux polynucléaires altérés ;
- flore assez abondante ;
- cocci Gram +, diplocoques en chaînettes ;
- rares bacilles Gram + ;
- absence de trichomonas.

Le 12 juin 1959, la malade ne présente plus aucun prurit. Etant donné l'âge de la malade, on institue un traitement complémentaire par les œstrogènes.

Dans les 4 cas, le traitement cortisonique local amène la disparition complète d'un prurit qui persistait malgré la guérison de la vaginite.

* *

VI. Les lésions prurigineuses vulvaires, ménopausiques

L'hydrocortisone a toujours amélioré le prurit, parfois il l'a guéri, cependant souvent nous avons dû associer un traitement œstrogénique.

• OBS. N° 36 : Madame E...

Ménopausée depuis huit ans, consulte le 18 décembre 1959 pour prurit vulvaire ; l'examen clinique et para-clinique est normal.

Le frottis montre :

- léger mucus ;
- quelques cellules épithéliales ;
- rares polynucléaires non altérés ;
- pas de germes ;
- absence de trichomonas.

Le 8 janvier 1960, après un traitement de dix jours, le prurit a disparu. Le frottis est le suivant :

- léger mucus ;
- quelques cellules épithéliales ;
- rares polynucléaires non altérés.

• OBS. N° 37 : *Madame E..., soixante-dix-huit ans*

Consulte le 7 septembre 1959 pour prurit et douleurs vulvaires. On note dans ses antécédents un zona lombaire guéri, mais ayant laissé subsister des douleurs lombaires et vulvaires résiduelles.

A l'examen :

- vulve normale ;
- vagin sain ;
- polype cervical extirpé et biopsié (bénin à l'examen histologique).

On institue un traitement à l'hydrocortisone intra-vaginale pendant dix jours, matin et soir. A la consultation suivante, le prurit a disparu, les douleurs lombaires persistent, vraisemblablement séquelles du zona lombaire.

• OBS. N° 38 : *Madame R..., trente-cinq ans*

Consulte le 9 mai 1959 pour des brûlures vaginales sans pertes après traitement spécifique de vaginite à trichomonas. Elle a subi une ovariectomie avec salpingectomie bilatérale pour deux grossesses extra-utérines consécutives. A l'examen, vulve, vagin et col sains.

Un traitement intra-vaginal de dix jours amène une amélioration incomplète. Les œstrogènes sont alors associés et l'on assiste à la guérison. Donc, amélioration des séquelles d'une vaginite dans laquelle le facteur œstroprive jouait un rôle certain.

• OBS. N° 39 : *Madame R..., cinquante-huit ans*

Consulte le 25 avril 1959 pour dyspareunie. Cette malade a présenté, sans ses antécédents, une ménopause précoce à trente-neuf ans (sa mère à trente-sept ans), et des crises de cystite. A l'examen, on diagnostique une vaginite atrophique avec *kraurosis vulvae*. On prescrit un traitement œstrogénique local et général, mais le 9 mai 1959 la malade revient pour prurit vulvaire. On arrête le traitement œstrogénique et on institue une thérapeutique intra-vaginale à l'hydrocortisone (10 mg par jour). Le troisième jour, recrudescence du prurit, rougeur diffuse de la vulve et nouvelle crise de cystite.

On adjoint un traitement œstrogénique au traitement à l'hydrocortisone, et l'on assiste à la guérison. L'association des deux thérapeutiques a entraîné la guérison d'un prurit jusque-là rebelle aux œstrogènes.

• OBS. N° 40 : *Madame A..., soixante-huit ans*

Consulte le 10 mars 1960 pour prurit traité en vain par les antifongiques. Récemment, elle a subi un curetage pour hyperplasie de l'endomètre.

A l'examen, vulve et col d'aspect inflammatoire. On institue un traitement androgénique et localement corticothérapie à 5 mg, une fois par jour.

Le 2 mai 1960, la malade revient, non améliorée. Malgré l'adjonction du traitement hormonal, on assiste à un échec. On peut imputer cet échec à une dose trop faible d'hydrocortisone.

• OBS. N° 41 : *Madame D...*, soixante ans

Consulte le 3 juillet 1959 pour leucorrhée légèrement prurigineuse. Ménopausée depuis sept ans. A l'examen clinique, son col est rouge ; le reste de l'examen est normal.

Le frottis est le suivant :

- nombreuses cellules épithéliales ;
- flore assez abondante ;
- bacille Gram — ;
- cocci Gram + ; diplocoques en chaînettes ;
- rares bacilles Gram + ;
- absence de trichomonas.

Le traitement à l'hydrocortisone entraîne une amélioration qui se transforme en guérison après l'adjonction d'œstrogènes.

En résumé :

Les deux premiers cas sont des succès du traitement à l'hydrocortisone intra-vaginale. La deuxième malade avait reçu d'emblée 20 mg par jour.

On note un échec (*obs. n° 40*), mais il est vrai que la thérapeutique n'avait été conduite qu'à la dose de 5 mg par jour.

Les trois autres cas sont des succès incomplets, les malades améliorées ont été guéries par l'adjonction d'œstrogènes. Il faut noter que les œstrogènes employés isolément (*cas n° 39*) n'avaient pas guéri la malade.

* *

VII. Prurit vulvaire et lésions dermatologiques à distance

Nous avons pensé à la nécessité d'un traitement intra-vaginal comme adjuvant au traitement des lésions dermatologiques.

• OBS. N° 42 : *Madame E...*

Consulte le 7 mars 1960.

Cette malade vient de subir un traitement de 2 comprimés vaginaux à 5 mg d'hydrocortisone par jour pour un prurit vulvaire très étendu. Ce jour, elle revient car le prurit reste localisé à la face interne des cuisses.

L'examen gynécologique est strictement normal. On constate l'existence d'une éruption érythémateuse à la face interne des cuisses.

Un traitement à base de pommade au Dectancyl amène la guérison.

• OBS. N° 43 : *Madame R...*, vingt-deux ans

Consulte le 9 août 1960 pour leucorrhée, algie pelvienne droite et fièvre. Un diagnostic d'annexite tuberculeuse est porté dès les examens complémentaires pratiqués.

Le 25 août 1960, elle se plaint de prurit vulvaire et inguinal. La leucorrhée persiste.

Le frottis montre :

- nombreuses cellules ;
- polynucléaires nombreux altérés ;
- germes assez abondants ;
- Döderlein — Cutis — quelques entérocoques.

Le vagin est rouge mais la glaire claire, transparente, filante. Un traitement de 10 mg par jour, trois jours consécutifs, puis tous les deux jours, entraîne une disparition de la leucorrhée, une disparition du prurit vulvaire, mais le prurit inguinal persiste. Les lésions cutanées ont l'aspect de trichophytie. Le frottis est inchangé le 6 septembre 1960 :

- très nombreuses cellules ;
- quelques polynucléaires ;
- germes moyennement abondants ;
- entérocoques.

Un traitement à l'alcool iodé a amené la disparition des lésions prurigineuses inguinales résiduelles.

• OBS. N° 44 : *Madame C...*

Accouche le 26 septembre 1960. Elle présente le 28 septembre 1960 un prurit inguinal et vulvaire.

Les lochies sont peu importantes ; leur examen montre :

- très nombreuses hématies ;
- nombreuses cellules ;
- quelques polynucléaires altérés ;
- quelques rares Döderlein.

L'administration de pommade à l'hydrocortisone à 1 % pendant une journée et de 10 mg d'hydrocortisone par jour pendant six jours, sous forme de comprimés intra-vaginaux, amène dès le premier jour une sédation des symptômes.

Le 4 octobre 1960, le frottis est le suivant :

- très nombreuses cellules ;
- très nombreux polynucléaires altérés ;
- pas de germes.

• OBS. N° 45 : *Madame F..., soixante et un ans*

Consulte le 21 avril 1960 pour prurit vulvaire et anal accompagné de lésions eczématiformes de la vulve.

Un traitement anti-allergique général est prescrit, ainsi qu'un traitement corticoïde en pommade localement.

Le 28 avril 1960, le prurit vulvaire seul persiste.

Une semaine plus tard, après traitement intra-vaginal, la guérison est complète.

• OBS. N° 46 : *Madame V..., cinquante ans*

Présente un eczéma vulvaire avec prurit depuis trois ans, époque de sa ménopause. Un traitement auto-hémothérapique, associé à l'hydrocortisone *per os*, a amené une guérison passagère.

Ce jour, le 22 mai 1959, rechute ; on prescrit un traitement local à l'hydrocortisone intra-vaginal : 20 mg par jour ; la malade revient guérie.

De l'étude de ces 5 cas, nous pouvons déduire que l'hydrocortisone par voie vaginale a été insuffisante à guérir les lésions dermatologiques à distance (deux premiers cas) ; mais que le prurit vulvo-vaginal lui-même nécessite un traitement intra-vaginal d'hydrocortisone (deux derniers cas). Dans l'observation intermédiaire pour laquelle les deux traitements ont été entrepris simultanément, nous avons assisté à une guérison totale.

Nous insistons donc sur la nécessité d'associer les deux traitements.

* *

VIII. Les prurits vulvo-vaginaux isolés

Nous les qualifierons d'essentiels, car nous n'avons trouvé aucune cause tant locale que générale. Des recherches systématiques de sucre dans les urines ont été notamment pratiquées chaque fois.

• OBS. N° 47 : *Madame C..., trente-six ans*

Consulte pour prurit isolé et dyspareunie.

A l'examen clinique, utérus en rétroversion, col présentant une cicatrice d'électrocoagulation. Pas de sucre dans les urines.

Après six jours de traitement, la malade revient guérie.

• OBS. N° 48 : *Madame C...*

Consulte le 22 mars 1960 pour prurit isolé. Un traitement antifongique améliore, sans le guérir, ce symptôme. Dans les antécédents, on retrouve plusieurs crises de cystite.

A l'examen, l'utérus est un peu volumineux ; par ailleurs, rien d'anormal.

Un traitement à 5 mg d'hydrocortisone par jour améliore la malade qui consulte au bout de sept jours. Depuis, nous ne l'avons pas revue.

• OBS. N° 49 : *Madame C...*

Consulte pour prurit le 22 février 1960.

A l'examen, vulve, vagin et col sains ; on perçoit une masse postérieure correspondant à un kyste de l'ovaire.

Le traitement de dix jours avec 5 mg d'hydrocortisone a calmé la malade, mais il y a eu reprise du prurit.

• OBS. N° 50 : *Madame M...*

Vient le 30 avril 1960 pour prurit vulvaire, depuis un accouchement avec déchirure périnéale complète et compliquée le 1^{er} avril 1960. La cicatrisation est excellente. Vulve et vagin sains. On prescrit 2 comprimés par jour à 5 mg. Après huit jours de ce traitement, le prurit cesse complètement.

Au total, la dose quotidienne de 10 mg a entraîné la guérison d'un prurit isolé.

• OBS. N° 51 : *Madame B...*

Consulte pour prurit le 19 novembre 1959 ; par ailleurs, elle a présenté le 9 novembre 1959 une perte hématique. Un frottis pratiqué ne montre aucune cellule suspecte, mais un aspect de polype endo-cervical avec cellules hyperplasiques et inflammatoires. L'examen clinique est normal. Un traitement de dix jours est institué, à 10 mg par jour. Au bout d'un mois, la malade revient cliniquement guérie.

Trois de ces 5 malades qui ont reçu 10 mg par jour d'hydrocortisone ont été cliniquement guéries.

Des deux autres cas, traités avec une dose moindre (5 mg), l'un a fait une rechute, l'autre a été amélioré puis perdu de vue.

Au cours de nos observations, nous avons à plusieurs reprises noté que le symptôme prurit nécessitait une dose de 10 mg par jour pour éviter une rechute précoce. Témoin entre autres l'observation n° 20.

* *

IX. Les exocervicites

Nous nous sommes demandés si les comprimés déposés au fond du vagin pouvaient guérir une inflammation cervicale. Il s'agissait de femmes venues consulter pour leucorrhée et chez qui l'examen au spéculum a permis de diagnostiquer une exocervicite.

- OBS. N° 52 : *Madame C...*

Vient consulter le 23 mai 1959 pour quelques pertes jaunâtres persistantes. Elle a subi un curetage le 9 mai 1959. A l'examen, l'utérus est petit, hyperantéfléchi, le col est ulcéré. On prescrit un traitement de dix jours. Le 30 mai 1959, après sept jours de traitement, les pertes ont à peu près disparu. L'état du col est inchangé.

- OBS. N° 53 : *Madame M..., âgée de trente-six ans*

Présente une leucorrhée abondante depuis trois mois. A l'examen, le col montre une ulcération importante.

On prescrit un traitement de dix jours. Le 19 juin 1960, après une semaine de traitement, la malade n'est pas améliorée. Une électrocoagulation du col est envisagée.

- OBS. N° 54 : *Madame B..., âgée de quarante ans*

Consulte pour une leucorrhée non prurigineuse. A l'examen, l'utérus est augmenté de volume, dur ; on ne perçoit pas les annexes. Le col présente une ulcération. Au bout de sept jours, la malade est améliorée ; on adjoint alors un traitement antibiotique qui amène la guérison.

- OBS. N° 55 : *Madame G...*

Enceinte de deux mois environ, elle consulte le 10 juin 1960 pour leucorrhée. A l'examen, l'utérus est augmenté de volume, en rapport avec l'âge de la grossesse, les annexes ne sont pas perçues, le col est ulcéré au niveau d'une commissure. Un traitement à l'hydrocortisone est associé d'emblée au traitement anti-infectieux. Le 26 juin 1960, la malade revient consulter, très améliorée.

• OBS. N° 56 : *Madame R...*, âgée de trente et un ans

Vient consulter pour leucorrhée. Dans ses antécédents, on note un curetage le 10 avril 1959, suivi le 21 mai 1959 d'électro-coagulation cervicale. Depuis, la malade présente une leucorrhée non prurigineuse.

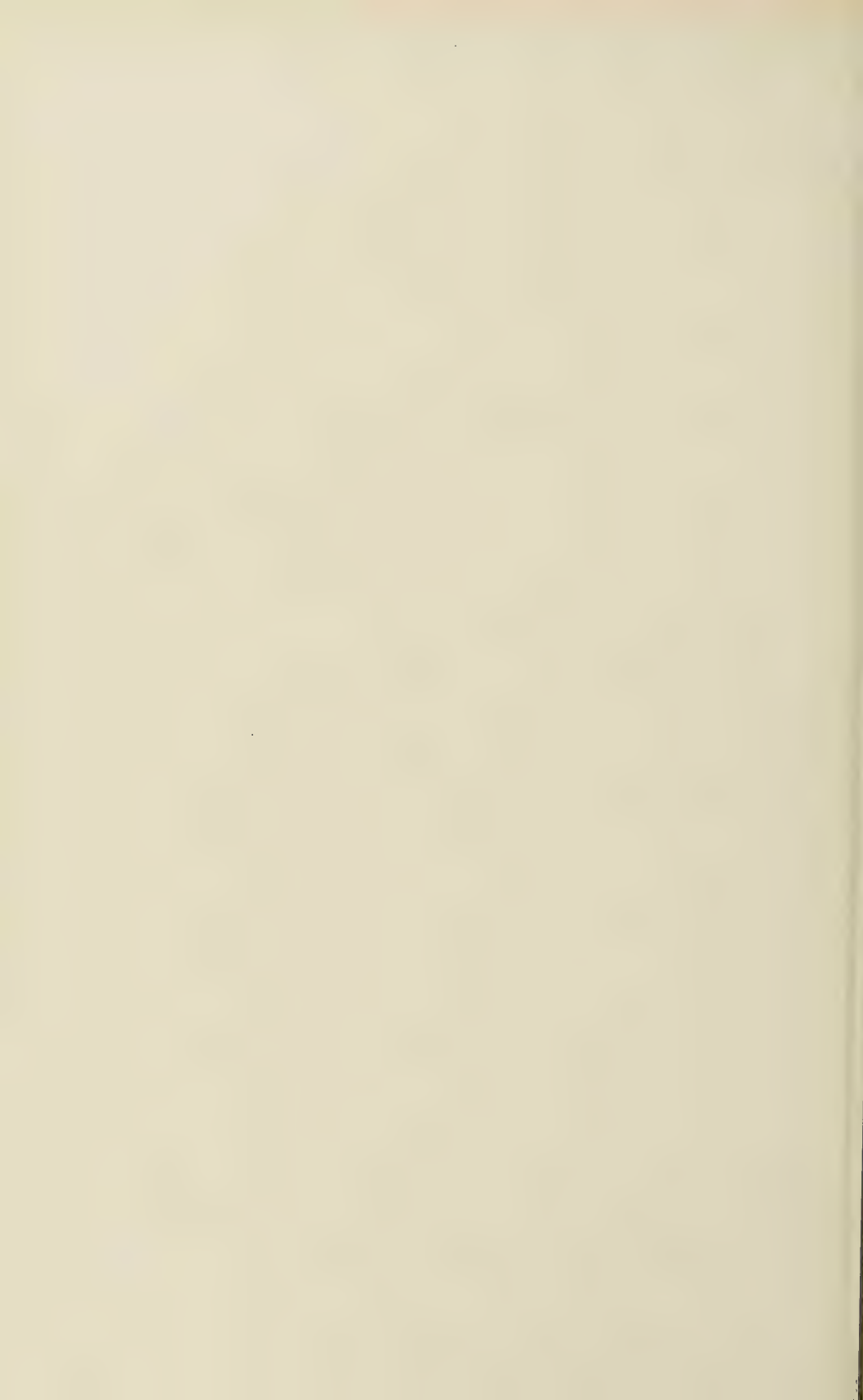
A l'examen, le col est en voie de cicatrisation. "On prescrit un traitement de dix jours à l'hydrocortisone. La malade vient consulter la semaine suivante, mais n'a remarqué aucune amélioration.

Le traitement local par l'hydrocortisone intra-vaginale n'a jamais influencé la cicatrisation. Ceci n'est pas pour nous étonner puisque nous connaissons l'effet anti-fibroblastique des corticoïdes. La leucorrhée était parfois améliorée. Seul le traitement spécifique isolé ou en association à notre thérapeutique a entraîné la guérison. Nous ne voyons donc pas la nécessité, dans le cas d'exocervicite, d'adjoindre un traitement à l'hydrocortisone locale.

TABLEAU RÉCAPITULATIF

AFFECTIIONS	NOMBRE DE CAS	RESULTATS				
		TRÈS BONS		ASSEZ BONS		INSUFFISANTS OU ÉCHECS
		Traitement isolé	Traitement en association	Traitement isolé	Traitement associé	
Inflammation de la vulve	5	3 [10 mg] (obs. n°s 1-2-4)		1 [10 mg] (obs. n° 3)	1 [10 mg] (obs. n° 5)	
Allergie	2	2 [10 mg] (obs. n°s 6-7)				
Vaginite microbienne	9	5 [10 mg] (obs. n°s 8-9- 12-14-16)	2 [10 mg] (obs. n°s 10-15)	1 [10 mg] 1 [5 mg] (obs. n°s 11-13)		
Vaginite parasitaire :						
a) Mycose	5	2 [10 mg]	3 [10 mg]			

b) Trichomonas	10	5 [10 mg] (obs. n°s 22-23- 25-26-29)	2 [10 mg] (obs. n°s 27-31)	3 [10 mg] (obs. n°s 24-28-30)
Prurit séquelle	4	4 [10 mg] (obs. n°s 32-33- 34-35)		
Prurit ménopausique	6	2 [10 mg] (obs. n°s 36-37)	3 [10 mg] (obs. n°s 38- 39-41)	1 [5 mg] (obs. n° 40)
Prurit + lésions der- matologiques à dis- tance	5		5 [10 mg] (obs. n°s 42-43- 44-45-46)	
Prurit isolé	5	3 [10 mg] (obs. n°s 47- 50-51)	1 [5 mg] (obs. n° 48)	1 [5 mg] (obs. n° 49)
Exocervicite.	5		1 [10 mg] (obs. n° 52)	2 [10 mg] (obs. n°s 53-56)



CHAPITRE VI

DISCUSSION DES RÉSULTATS OBTENUS

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Après cette récapitulation des résultats cliniques, nous voudrions préciser quelques points particuliers :

I. — La dose thérapeutique efficace et la durée du traitement est en moyenne de 10 mg d'hydrocortisone pendant dix jours.

Il s'est avéré à plusieurs reprises que 5 mg par jour étaient insuffisants à amener notamment la disparition du prurit, et que l'augmentation de la dose quotidienne produisait ce résultat. Aussi préconisons-nous la posologie suivante : 10 mg par jour, ou 5 mg matin et soir.

Le traitement sera poursuivi en moyenne dix jours consécutifs, afin d'éviter les rechutes dues à une interruption trop précoce. La tolérance est parfaite.

II. — La corticothérapie locale, à notre avis, ne présente aucun inconvénient majeur. Les dermatologues ont insisté sur les complications dues au développement de l'infection et à l'assèchement de la peau [16]. Les nombreux frottis pratiqués ne nous ont jamais montré de multiplication de germes, et aucune nouvelle forme n'est apparue sous traitement. Quant à l'assèchement, nous avons vu au contraire qu'il était ici un des effets recherchés.

III. — La dernière notion sur laquelle nous voudrions nous arrêter un peu est l'intérêt d'une médication symptomatique en matière de leucorrhée ou de prurit. Nous avons constaté que quelque heures au

plus suffisaient à calmer la douleur, tandis qu'avec le traitement spécifique curatif, l'amélioration des symptômes demande toujours quelques jours.

Evidemment nous croyons, dans certains cas où nous risquerions de perdre de vue la malade, devoir lui expliquer que l'amélioration rapide de son état ne serait que transitoire si elle ne revenait consulter. Nous ne pensons pas, dans ces conditions, nuire à la bonne conduite d'un traitement qui sera prescrit sans retard dès réception des renseignements fournis par le laboratoire, l'hydrocortisone constituant alors une excellente thérapeutique d'attente.

Mais notre médication n'est pas toujours uniquement un traitement d'appoint. Elle est parfois le seul traitement efficace à instituer. C'est pourquoi, compte tenu des trois avantages signalés précédemment :

- faible dose d'hormone atoxique ;
- pas d'exaltation de l'infection ;
- soulagement rapide ;

nous proposons l'emploi d'hydrocortisone en tablettes gynécologiques à la dose moyenne de 10 mg par jour dans :

A) Les vaginites et les prurits qui n'ont pas de thérapeutique spécifique et pour lesquelles le soulagement symptomatique a une valeur particulière. Nous citerons, parmi nos essais thérapeutiques :

- a) les inflammations vulvaires isolées, la congestion des organes génitaux externes en phase pré-menstruelle (les endosymphathoses) [11];
- b) les vaginites allergiques ;
- c) le prurit séquelle de vaginite guérie ;
- d) le prurit essentiel.

B) Nous croyons également que les tablettes vaginales d'hydrocortisone sont utiles à titre de traitement adjuvant lorsque la thérapeutique spécifique isolée est insuffisante à entraîner la sédation des symptômes, notamment du prurit. Les résultats obtenus dans les prurits séniles et dans ceux accompagnés de lésions dermatologiques à distance ont été spectaculaires.

C) Enfin, les tablettes gynécologiques d'hydrocortisone sont une excellente thérapeutique d'attente, qui permet au gynécologue de pratiquer les investigations cliniques et para-cliniques nécessitées par l'état de la malade, tout en soulageant ses symptômes. A ce titre,

dès le jour où est pratiqué le frottis vaginal à la recherche d'une infection microbienne ou parasitaire, le traitement à l'hydrocortisone locale peut être institué en attendant les résultats de l'examen.

D) Dans quelques cas de parasitose, nous avons assisté à la guérison par cette seule thérapeutique. A chaque fois, il est vrai, l'infestation était minime et peu de germes étaient en cause. Nous voyons là l'effet microbicide du lauryl sulfate de soude.

E) Par contre, la cicatrisation des exocervicites, comme nous nous y attendions du reste, a été stoppée. Mais les signes d'accompagnement : leucorrhée liée à une vaginite ou prurit, ont été très nettement améliorés. Nous pensons donc, devant les résultats médiocres obtenus dans ce cas, que les exocervicites ne constituent pas une indication judicieuse de cette thérapeutique locale.



CONCLUSION

L'hydrocortisone, hormone surrénale, possède de remarquables propriétés anti-inflammatoires, anti-allergiques et anti-prurigineuses qui ont servi de base au traitement local des vaginites, des leucorrhées et des prurits vulvaires isolés.

L'hydrocortisone agit en supprimant l'état inflammatoire local, ce qui entraîne la disparition des phénomènes œdémateux, le tarissement de l'exosérose vaginale, l'atténuation des sensations prurigineuses.

La toxicité des comprimés gynécologiques dosés à 5 et 10 mg est nulle ; aucune réaction générale n'est à craindre.

Les essais thérapeutiques pratiqués chez 56 malades ont été encourageants. Les résultats que nous avons obtenus :

• Dans un PREMIER GROUPE DE 31 FEMMES atteintes de vaginite d'étiologie variée : parasitaire, microbienne, allergique ou inflammation vulvaire d'origine indéterminée, se décomposent comme il suit :

1) *Nous avons assisté à la guérison clinique*

- a) Par le seul traitement à l'hydrocortisone locale dans 17 cas :
 - soit dans 3 cas d'inflammation vulvaire ;
 - 2 cas d'allergie sur 2 cas traités ;
 - 5 cas de vaginite microbienne ;
 - 2 cas de mycose vaginale ;
 - 5 cas de trichomonases.
- b) En association avec un autre traitement dans 7 cas :
 - 2 vaginites microbiennes ;
 - 3 mycoses ;
 - 2 trichomonases.
- c) Dans 4 cas, s'est produit une amélioration clinique. Il s'agissait de malades atteintes d'inflammation vulvaire pour 2 d'entre elles, et de vaginites microbiennes pour les 2 autres. Un de ces cas avait été traité par la dose quotidienne de 5 mg.

2) *Nous avons constaté l'échec thérapeutique* dans 3 cas (soit 10 % d'échec). Il s'agissait de vaginites à trichomonas, rebelles à divers traitements. Chez ces 3 malades, le partenaire n'avait jamais été traité simultanément.

• LE DEUXIÈME GROUPE DE 20 MALADES présentant un prurit vulvo-vaginal nous a donné les résultats suivants :

1) *La disparition du prurit a été obtenue*

a) Par le seul traitement à l'hydrocortisone locale dans 9 cas :

- 4 succès pour des prurits séquelle de vaginite guérie, sur 4 malades traitées ;
- 2 succès sur 6 malades dans les prurits ménopausiques ;
- 3 succès sur 5 cas de prurit apparemment isolés.

b) En association avec un autre traitement dans 8 cas. Il s'agissait de traitement œstrogénique pour les prurits séniles (3 cas), et de traitement dermatologique pour les lésions cutanées à distance (5 cas).

c) Dans 1 cas s'est produit une amélioration clinique ; ce cas de prurit vulvaire avait été traité avec des comprimés dosés à 5 mg.

2) *L'échec thérapeutique* a été constaté dans 2 cas traités par la dose quotidienne de 5 mg. Il s'agissait une fois d'un prurit ménopausique, une autre fois de prurit vulvaire apparemment isolé.

• QUANT AUX EXOCERVICITES, elles n'ont guère bénéficié de cette thérapeutique : l'état du col est resté inchangé. Seul le symptôme leucorrhée a été influencé de façon transitoire.

De l'étude de ces observations cliniques, il ressort que les comprimés gynécologiques d'hydrocortisone à la dose de 10 mg par jour peuvent être employés comme traitement ou comme adjuvant au traitement de toutes les vaginites.

1° Leur valeur essentielle est de provoquer un soulagement rapide dans tous les cas où il n'existe pas de thérapeutique spécifique : inflammation vulvaire, vaginite allergique, prurit séquelle de vaginite guérie, prurit essentiel.

2° Mais ce traitement est également très utile comme adjuvant à une thérapeutique qui, quoique spécifique, se montre insuffisante, voire inefficace : prurit ménopausique rebelle aux

œstrogènes, prurit vulvo-vaginal accompagné de lésions dermatologiques à distance.

- 3° Enfin, ce traitement constitue une thérapeutique à pratiquer dans l'attente des examens complémentaires, qu'il s'agisse de vaginite microbienne ou parasitaire ; mais, en aucun cas, l'hydrocortisone ne saurait se substituer au traitement étiologique qui sera toujours mis en œuvre dès que la précision diagnostique sera obtenue.
-

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
MERGER

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH



BIBLIOGRAPHIE

1. ANTOINE (Bernard). — L'hydrocortisone. (*Revue du Praticien*, 21 juillet 1954, pp. 1971-1978.)
2. BÈGUE et NÈGRE. — L'acétate d'hydrocortisone en ophtalmologie. (*Presse Médicale*, 13 février 1954, pp. 226-227.)
3. BAKER et ABRAMS. — The physiology of connective tissue. (*Annual Review of Physiology*, 1955, p. 71.)
4. CHOSSON (Jean). — Les vaginites. (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Gynécologie*, 380 A¹°. Mise à jour : juin 1956.)
5. FINKLER. — Local hydrocortisone therapy of vaginal and vulvar pruritus. (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, février 1958, pp. 319-321.)
6. GIROD (Chr. — Alger). — Cortico-surrénale et grossesse. (*Gazette des Hôpitaux*, 20 mars 1960, p. 299.)
7. HOSEMANN. — Die vaginal Anwerdung von Hydrocortison in der Behandlung des Fluor vaginalis. (*Med. Klinik*, 28 novembre 1958, pp. 2071-2074.)
8. MULLER. — Colpobiochimie. (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Gynécologie*, tome 1, 74 D.)
9. LABAZ. — Mercryl Laurylé. (Paris, Imprimerie Keller.)
10. NETTER (A.). — Les leucorrhées. (*Gynécologie*, Flammarion, p. 542.)
11. NETTER (A.). — L'endosymphathose pelvienne. (*Gynécologie*, Flammarion, p. 726.)
12. NETTER (A.). — Prurit vulvaire. (*Gynécologie*, Flammarion, p. 286.)
13. OSSIPROWSKI (B.). — Les prurits ano-vulvaires. (*Revue du Praticien*, 11 octobre 1954, p. 2409.)
14. SHELLEY and ARTHUR. — The physiology of the skin. (*Annual Review of Physiology*, 1958, p. 198.)

15. SIDI (E.) et BOURGEOIS-SPINASSE (Mme). — L'hydrocortisone en dermatologie. (Imprimerie Reboul et fils, avril 1956.)
16. TOULANT (A.). — Corticothérapie locale. (*Gazette Médicale de France*, 1^{er} mars 1960, pp. 641-642.)
17. TRÉMOLIÈRE, DERACHE, LOWNY. — Données actuelles sur les principaux effets métaboliques de la cortisone. (*Annales de la Nutrition et de l'Alimentation*, 1955, volume IX, n 3.)
18. GOLTERMANN (R.). — Hydrocortison in der Behandlung des Fluor vaginalis. (*Arztliche Praxis*, 14 mars 1959, pp. 347-349.)

